

телеангиэктатическое и папулопустулезноерозацеа. Диагностический критерий – выявление грамнегативных бактерий *Proteus*, *Pseudomonas*, *E.colli*, *Klebsiellen* [2].

Стероидиндуцированноерозацеа (n=5) развивается вследствие продолжительной местной кортикостероидной терапии и проявляется стероидной кожей с атрофией, телеангиэктазиями, эритемой в виде темно-красных пятен, а также фолликулярными папулопустулами.

Фулминантное (молниеносное) розацеа (n=1) напоминало конглобатное акне и отличалось внезапным началом, выраженной себореей, сливающимися узлами и фистулами, склонностью к рецидивам.

Гранулематозноерозацеа (n=1) некоторые авторы считают единственным истинным вариантом розацеа [2]. Типичные признаки этого дерматоза: люпоидная эпителиоидная гранулема, диссеминированное расположение на лице в виде коричневатого-красноватых папул и узлов; папулы на верхних и нижних веках, на щеках и в периоральной области. Диаскопия: люпоидный инфильтрат; гистология: лимфогистиоцитарный инфильтрат с гигантскими клетками и эпителиоидно-клеточной туберкулоидной гранулемой [2].

Болезнь Морбигана (n=5) или плотный персистирующий отек лица характеризовался следующими признаками: на фоне типичных для розацеа элементов – плотный, не сохраняющий ямки при надавливании, отек на лбу, подбородке, веках, носу, щеках; выраженный отек темно-красного цвета с фиолетовым оттенком и переходом в индурацию; огрубение контуров лица.

Разнообразная клиническая картина заболевания требовала дифференцированного подхода к терапии. Пациенты эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа применяли местно кремы, содержащие азелаиновую кислоту или метронидазол. При папуло-пустулезном подтипе розацеа назначали дополнительно системные антибиотики тетрациклинового ряда. Офтальморозацеа отвечало на местную и системную терапию антибиотиками. Изотретиноин системно получали пациенты с болезнью Морбигана, фулминантным, стероидиндуцированным и грамнегативным розацеа.

Выводы. В структуре обследованных пациентов преобладали лица женского пола со II фототипом кожи в возрасте старше 40 лет. Наиболее частыми подтипами розацеа являются эритематозно-телеангиэктатический и папуло-пустулезный. Различные классические подтипы и редкие клинические формы розацеа требуют дифференцированного подхода и индивидуально подобранной терапии.

Литература:

1. Пелль, М. Розацеа / М.С. Дауд, М.Р. Питтельков // Дерматология Фицпатрика в клинической практике : в 3 т. / Л.А. Голдсмит и др. – Изд. 2-е, исп., доп. – М. : Изд-во Панфилова, 2015. – Т. 1. – С. 1019–1028.
2. Melnik, B. Akne und Rosazea / B. Melnik, T. Jansen // In Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie / G. Plewig und a. – Springer Verlag, 2012. – Band 2. – S. 1197–1229.

УДК 616.9:615.03

РОЛЬ ПРОВИЗОРА В СДЕРЖИВАНИИ АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Акулич Н.Ф., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Крылова Е.В., Ляховская Н.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Девяносто процентов всей инфекционной заболеваемости приходится на долю острых респираторных инфекций (ОРИ). Каждый третий при тяжелых расстройствах здоровья предпочитает самолечение. До 80% посетителей полностью доверяют работнику аптеки в вопросах применения безрецептурных

препаратов [1], а 70% считают, что консультация провизора вполне может заменить осмотр врача [2]. Провизору-первостольнику приходится решать вопрос о необходимости назначения антибиотиков, которые у 90% респираторных пациентов не нужны, так как подавляющее большинство ОРИ имеют вирусную этиологию [3]. Сходные проблемы возникают при обращении пациентов с симптомами острой кишечной инфекции (ОКИ). Таким образом, действия провизора в отношении антибактериальной терапии могут в значительной степени повлиять на формирование резистентности микроорганизмов к антибиотикам [4].

Целью данной работы явилось установление роли провизоров в выборе и приобретении безрецептурных антибактериальных лекарственных средств при наиболее актуальных инфекционных заболеваниях.

Материал и методы. Было проведено анкетирование 96 провизоров, со стажем работы от 2 до 38 лет, 42,3% из них работали в коммерческих аптечных организациях, 57,7% - в государственных. При анкетировании провизорам было предложено ответить на 12 вопросов, касающихся выбора лекарственных средств и тактики при общении с пациентом с острыми респираторными или кишечными инфекциями.

Результаты. На вопрос о необходимости рекомендации приема антибиотика при диарее 73,1% провизоров ответили отрицательно, 26,9% антибиотик рекомендовали бы обязательно. Только третья часть (34,6%) провизоров порекомендовали бы обратиться к врачу. Наличие диареи с примесью крови для подавляющего большинства (96,2%) опрошенных не являлось веской причиной для приема антибиотика. В качестве наиболее приемлемого препарата при ОКИ 83,4% опрошенных выбрали нифуроксазид, 16,6% - амоксициллин.

При обращении в аптеку пациента с симптомами ОРИ 57,6% провизоров сочли назначение антибиотика правильным и только 11,5% всех опрошенных порекомендовали бы обратиться к врачу. В случае жалоб на кашель с зеленоватой или желтой мокротой 34,6% провизоров порекомендовали бы использование антибактериальных лекарственных средств, а гнойные выделения из носа послужили поводом для антибиотикотерапии для 30,7% провизоров. При респираторных инфекциях 78,5% опрошенных наиболее приемлемым считали использование амоксиклава, 7,2% – азитромицина, только 14,3% обоснованным считали использование местного антибиотика фраминазина, относящегося к группе аминогликозидов и не обладающего активностью в отношении стрептококка. Также провизоры отметили, что в 80,8% случаев посетители аптек, приобретающие антибиотик, не имели рецепта.

При фармацевтическом консультировании посетителей аптек 61,5% провизоров никогда не пользуются клиническими протоколами, 23,1% пользуются ими редко, 11,5% часто, и только 3,8% всегда. Как руководство к действию избрали для себя учебную литературу 7,7% провизоров, часто пользуются учебниками 50%, редко – 23,1%, никогда не используют учебную литературу 19,2%. Постоянно используют фармакологические справочники в своей работе 11,5% провизоров, часто находят информацию в сети интернет 23,1%, 3,8% используют обучающие материалы, поступающие от фармацевтических компаний.

92,3% опрошенных считают, что применение антибиотиков способствует росту устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам и предупреждают об этом пациентов. 92,3% уверены, что применение антибиотиков может нанести вред здоровью и предупреждают об этом, 84,6% учитывают информацию о возможности роста устойчивости микроорганизмов к антибиотикам при рекомендации по их использованию, 80,7% провизоров убеждены, что провизоры могут влиять на уровень резистентности к антибиотикам возбудителей инфекционных заболеваний.

На вопрос о наиболее вероятных причинах роста антибиотикорезистентности 80,8% указали самолечение и бесконтрольное применение антибиотиков, 73,1% - неправильное их использование врачами, провизорами и пациентами, 65,4% - чрезмерно широкое

применение, 34,6% - безрецептурную продажу антибиотиков, 7,7% - рост инфекционной заболеваемости.

Выводы. Мнения провизоров по назначению антибактериальных лекарственных средств в значительной мере отличаются от современных клинических рекомендаций в рамках сдерживания антибиотикорезистентности микроорганизмов. Таким образом, курс повышения квалификации «Фармацевтическое консультирование при инфекционной патологии» может в значительной мере повлиять на рекомендации провизоров в отношении антибактериальных лекарственных средств.

Литература:

1. Фармацевтическое консультирование / Г.А. Антропова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/farmatsevticheskoe-konsultirovanie-mnenie-potrebitelley-lekarstvennyh-sredstv-o-rol-i-aptek>
2. Уразманов, А.Р. Этико-правовые проблемы фармацевтической деятельности / А.Р. Уразманов // АНОРЖ «Общественное здоровье и здравоохранение». – Казань, 2008. – № 3. – С. 66–70.
3. Богданова, А.В. Этиология респираторных вирусных инфекций нижних дыхательных путей у детей: современное состояние проблемы / А.В. Богданова, О.В. Самодова, Н.Л. Рогушина, И.В. Щепина // Журн. инфектологии. – 2016. – Т. 8, № 2. – С. 5–9.
4. Гиссенс, И.К. Оценка качества антимикробной химиотерапии / И.К. Гиссенс // КМАХ. – 2001. – № 2. – С. 17–19.

УДК 616.9:579

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ МНОЖЕСТВЕННО-РЕЗИСТЕНТНЫМИ ШТАММАМИ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Антонова Е.Г., Жильцов И.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. На протяжении более чем двух десятилетий карбапенемы являлись самыми эффективными антибиотиками для лечения пациентов с госпитальными инфекциями, вызванными грамотрицательными возбудителями. Появление штаммов *K. pneumoniae*, устойчивых к карбапенемам, обладающих фенотипами множественной или экстремальной резистентности, приводит к назначению неадекватной стартовой антибактериальной терапии (АБТ), что влечет за собой увеличение сроков госпитализации и повышение летальности [1].

Цель. Изучить структуру, особенности течения и этиотропной терапии инфекций, вызванных карбапенем-резистентными штаммами *K. pneumoniae*, а также ассоциациями бактерий – *K. pneumoniae*, *A. baumannii* и *P. aeruginosa*.

Материал и методы. В исследование было включено 99 клинических изолятов *K. pneumoniae*, фенотипически проявляющих множественную резистентность к антибиотикам, выделенных из различного биологического материала пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с сентября 2018 года по сентябрь 2019 года. Идентификация возбудителей и определение их чувствительности к антибиотикам выполняли в микробиологической лаборатории стационара. Анализ структуры инфекций, эффективности и исходов терапии проводили на основании данных медицинских карт стационарного пациента. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) для количественных признаков определяли при помощи U-критерия Манна-Уитни, качественных – по критерию хи-квадрат (χ^2).